de Amaral (L. P.)

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

THESE

DO

Dr. Luiz Pedreira do Amaral Gurgel

RIO DE JANEIRO
Typ. MORAES — Rua de S. José n. 35
1897

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Obstetrica e Gynecologica

RUPTURAS DO PERINEO

PROPOSIÇÕES

TRES SOBRE CADA UMA DAS CADEIRAS DA FACULDADE

THESE

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro

Em 15 de Outubro de 1896

E DEFENDIDA EM 13 DE JANEIRO DE 1897

Sendo Approvada plenamente

PELO

Dr. Luiz Pedreira do Amaral Gurgel

Bacharel em sciencias e lettras pelo Gymnasio Nacional, ex-interno do Hospital da Misericordia, da 2ª cadeira de Clinica Cirurgica e da cadeira de Clinica Obstetrica e Gynecologica, membro commissionado pelo Estado do Rio de Janeiro por occasião da epidemia de Cholera no Valle do Parahyba, socio honorario do Gremio dos Internos dos Hospitaes, etc.

Natural da Capital Federal

FILHO LEGITIMO

Luiz José Campos do Amaral Gurgel e D. Adelaide Carolina Tavares Gurgel

RIO DE JANEIRO

Typ. Moraes—Rua de S. José 35

1897

Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro

DIRECTOR—Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga.
VICE-DIRECTOR—Dr. Francisco de Castro.
SECRETARIO—Dr. Antonio de Mello Muniz Maia.

LENTES CATHEDRATICOS

Drs. :	
João Martins Teixeira	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos	Chimica inorganica medica.
João Joaquim Pizarro	Botanica e zoologia medica.
Ernesto de Freitas Crissiuma	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho	Physiologia theorica e experimental.
Antonio Maria Teixeira	Materia medica, Pharmacologia e arte formular.
Pedro Severiano de Magalhães	Pathologia cirurgica.
Henrique Ladisláu de Sousa Lopes	Chimica analytica e toxicologia.
Augusto Brant Paes Leme	Anatomia medico-cirurgica.
Marcos Bezerra Cavalcanti	Operações e apparelhos.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré	Pathologia medica.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
Albino Rodrigues de Alvarenga	Therapeutica.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal.
Benjamin Antonio da Rocha Faria	Hygiene e mesologia.
Antonio Rodrigues Lima	Pathologia geral e historia da medicina.
João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica—2ª cadeira.
João Pizarro Gabizo	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Francisco de Castro	Clinica propedeutica.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro	Clinica cirurgica—1ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Hilario Soares de Gouvea	Clinica ophthalmologica.
José Benicio de Abreu	Clinica medica—2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Candido Barata Ribeiro	Clinica pediatrica.
uno de Andrade	Clinica medica—1 cadeira.

LENTES SUBSTITUTOS

	Drs. :
1ª secção	Tiburcio Valeriano Pecegueiro do Amara
2ª »	Oscar Frederico de Souza.
3ª »	Genuino Marques Mancebo e Luiz Antonio da Silva Santos.
4ª »	Philogonio Lopes Utinguassú e Luiz Ribeiro de Souza Fontes.
5ª »	Ernesto do Nascimento Silva.
6ª »	Domingos de Góes e Vasconcellos Francisco de Paula Valladares.
7ª »	Bernardo Alves Pereira.
8ª »	Augusto de Souza Brandão.
»	Francisco Simões Corrêa.
10ª »	Joaquim Xavier Pereira da Cunha.
11ª »	Luiz da Costa Chaves Faria.
12ª »	Marcio Filaphiano Nery.

N. B.—A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

DISSERTAÇÃO

PREFACIO

> « On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur pour acquérir de la gloire, ou pour un motif d'interêt; mais celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation que lui est imposée, a, sans doute, de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs ».
>
> LA BRUYÈRE.

Além da indulgencia a que temos direito, na opinião de La Bruyère, pois si não fosse a apresentação de uma these, condição indispensavel á obtenção do titulo que almejamos, não emprehenderiamos tal incumbencia, pedimos a benevolencia de nossos juizes para o fructo inicial de nossas vigilias, eivado de erros e lacunas, mas para o qual não poupámos esforços e boa vontade, não com o fim de apresentarmos um bom trabalho, pois falta-nos o cabedal necessario para isso, mas com o unico desejo de, o mais condignamente possivel, desempenharmo-nos do cumprimento do nosso ultimo dever academico.

Escolhendo para ponto de nossa dissertação as *Rupturas do perineo*, a isto fomos levados, não só por termos observado grande numero de casos, como interno da Cadeira de Clinica Obstetrica e Gynecologica, como tambem por ser esta a mais frequente das complicações que soem acontecer nos partos quer naturaes, quer artificiaes.

As rupturas do perineo que, no dizer exaggerado de alguns parteiros, « só se dão por impericia do operador », são em alguns casos, contrariamente a esta opinião, inevitaveis, e em outros dão-se forçosamente. Podemos mesmo dizer com o professor Pajot: « ha perineos condemnados faltamente a romper-se na occasião do parto, principalmente nas primiparas ».

Além disso são tantas as causas capazes de produzir as rupturas do perineo; destas rupturas podem sobrevir á parturiente tantas complicações, incluindo entre ellas a septecemia puerperal, que, quer nos parecer, tem algum valor um trabalho que trate de tal assumpto, mesmo quando desta tarefa são incumbidas mãos inexperientes.

Tendo succintamente esboçado a importancia do nosso ponto, resta-nos apresentar a ordem que seguiremos na sua exposição.

Dividiremos a nossa these em quatro capitulos: no primeiro estudaremos a anatomia e a physiologia do perineo, para methodisar o texto; no segundo procuraremos discutir as causas e o mecanismo pelo qual se dão estas rupturas; no terceiro investigaremos os meios de evitar estes accidentes, e no ultimo, finalmente, que se divide em dous paragraphos, ventilaremos a questão do tratamento, especialmente a perineorrhaphia, quer executada immediatamente *post partum*, quer praticada em tempo mais remoto, isto é, a perineorrhaphia immediata e a perineorrhaphia tardia.

CAPITULO I

Anatomia e Physiologia do perineo

ANATOMIA. — Si por um lado encontramos uniformidade de vista dos anatomistas e parteiros sobre a estructura anatomica do perineo, por outro é quasi geral o desaccordo em se tratando de sua fórma e seus limites.

Grande numero de anatomistas consideram o perineo o conjuncto de partes molles, que fecham o estreito inferior da bacia; outros, taes como os professores Tilleaux, Richet, Velpeau, dividem o soalho perineal em duas regiões situadas aquem e além da linha bi-ischiatica e dão especialmente o nome de perineo á que se estende da linha bi-ischiatica ao pubis; outros finalmente consideram como perineo uma pequena parte desta região, que elles denominam perineo obstetrico.

Tal é a opinião de Nægele et Grenser, Grandy, Sedillot, Farabœuf, etc.

Acceitando esta ultima opinião, passaremos a descrever o perineo obstetrico, que é constituido pelos tecidos comprehendidos, no sentido vertical, entre o fundo de sacco peritoneal utero-rectal e a superficie cutanea e, no sentido antero-posterior, pela região com-

prehendida entre a parte posterior do orificio vaginal e a anterior do anus.

Si seccionarmos na linha mediana e no sentido antero-posterior esta região, notaremos um triangulo concavo-convexo, cuja concavidade olha para traz e para baixo. Este triangulo é limitado, isto é, tem por lados: anteriormente a vagina, posteriormente o recto e o anus, por base a ponte cutanea de Caseaux e por apice o fundo de sacco peritoneal utero-rectal.

A parede anterior ou vaginal é ligeiramente concava na sua parte supero-anterior e convexa na parte infero-anterior, podemos mesmo consideral-a como obliqua para baixo e para deante. Esta parede termina na entrada da vagina.

A parede posterior ou recto-anal, cujo comprimento é tão variavel, apresenta nos seus dous terços superiores uma direcção quasi parallela á parede vaginal, emquanto que, no ultimo terço, dirige-se obliquamente para baixo e para traz, donde resulta a sua convexidade anterior, correspondente á concavidade do corpo perineal.

A base ou ponte cutanea de Caseaux, de comprimento variavel, segundo as pessoas e segundo a posição, estende-se do anus a um ponto correspondente do orificio vaginal, como querem uns, ou á furcula, segundo opinião de outros gynecologistas.

Parece-nos que deve ser a um ponto correspondente do orificio vaginal, porque, si afastarmos os grandes labios e observarmos a commissura posterior delles, notaremos a formação de uma prega e de uma fosseta.

A prega é a furcula e a concavidade a fosseta navicular.

A furcula apresenta uma face inferior e posterior, que é formada pela pelle, que se continúa com a do perineo; emquanto que a face anterior e superior, vermelha e humida, representa uma transição da pelle que a cobre inferiormente para a mucosa que reveste os pequenos labios, estendendo-se á face interna dos grandes labios.

A fosseta navicular não existe na contiguidade dos grandes labios.

Afastando-se, porém, os grandes labios, ella se desenha e podemos discriminar a sua extremidade anterior formada pelo angulo agudo do orificio vulvar, emquanto que a posterior é representada pelo orificio vaginal. As paredes confundem-se com as faces internas dos grandes labios.

O que acabamos da expor autorisa-nos, pois, a concluir que os limites anteriores e posteriores da região perineal acham-se comprehendidos profundamente entre a vagina e o recto, e superficialmente são representados pela parte posterior do orificio vaginal e anterior do anus.

Budin e Pozzi fizeram diversas pesquizas com o fim de determinar os limites do orificio vaginal.

Para Budin o hymen deve ser considerado como a extremidade anterior do canal vaginal, de maneira que o orificio vaginal representa o hymen e vice-versa.

Para Pozzi o hymen é uma membrana de dependencia vulvar, cuja origem está no seio uro-genital e que limita os dous orificios.

Baseando-nos, pois, nestas inquirições, excluiremos do canal vaginal o orificio vulvar, tanto anatomica como pathologicamente fallando; excluindo *ipso facto* as rupturas da commissura posterior da vulva da pathologia perineal para incluil-as nas lesões vulvares.

Precisando assim a fórma e os limites da região, passaremos a descrever ligeiramente a sua estructura anatomica, e para isso caminharemos de cima para baixo. Encontramos em primeiro logar o peritoneo, que constitue o fundo de sacco utero-rectal, limite superior da região que estudamos. Immediatamente abaixo delle existe uma camada constituida por tecido cellular e juxtaposta a esta camada nota-se o fascia pelviano ou a aponevrose perineal superior, como a considera o eminente professor Tilleaux.

Em um plano inferior vamos encontrar a primeira camada muscular constituida por dous musculos: o levantador do anus e o ischio-coccygineo.

Pondo de lado este ultimo, pois deve ser excluido do perineo obstetrico, sob o ponto de vista pathologico, bem que physiologicamente seja considerado como um musculo protector, descreveremos com mais minucia o musculo levantador do anus, o mais importante da região.

O musculo levantador do anus ou coccy-perineal, musculo par e symetrico, dirigido das partes lateraes da bacia para o raphe mediano, onde se confunde com o musculo homonymo do lado opposto, é: pela direcção de suas fibras mais anteriores, as que se inserem na face posterior do pubis,—levantador da extremidade ante-

rior da vagina e da vulva, pois sabemos que essas fibras se dirigem obliquamente para baixo, para dentro e para traz, perdendo-se nas partes lateraes da bexiga e da vagina; pelas suas fibras médias ou transversaes, isto é, as que se inserem nos ischions, e que obliquam para baixo e para dentro indo se terminar sobre o raphe mediano — levantador superior do soalho perineal; e pelas suas ultimas fibras, as que veem dos ischions e pequenos ligamentos sacro-sciaticos, dirigindo-se para baixo e para traz — levantador do anus.

A acção destes grupos de fibras que constituem o levantador do anus ou musculo coccy-perineal, é simultanea, por occasião da micção, defecação e parto.

Continuando a nossa dissecção encontramos, abaixo deste primeiro plano muscular, as aponevroses do perineo ou a aponevrose média do perineo, como considera o professor Tilleaux. Esta aponevrose, bastante importante, tem sido denominada diversamente, grande é a sua synonymia; assim chamam-na: ligamento de Carcassone, ligamento sub-pubiano, diaphragma uro-genital, etc. Malgaigne considera-a como a aponevrose do levantador do anus; esta denominação indica perfeitamente as inserções e as relações desta aponevrose, que nada tem de commum com o levantador do anus. O que torna da algum modo complicado o estudo desta aponevrose é que ella não é constituida por uma folha fibrosa simples, como são todas as outras, porém por uma folha dupla, que contém em seu espessura o musculo transverso profundo,

simples vestigio muscular que vae do ramo ischio-pubiano ao bulbo da vagina correspondente, a arteria e o nervo pudendos internos.

A aponevrose perineal média, portanto, é formada de duas folhas, uma superior e outra inferior.

A sua fórma é triangular: o apice do triangulo corresponde ao ligamento sub-pubiano; a base desce até deante do anus, isto é, no bordo posterior do musculo transverso e por consequencia na linha bi-ischiatica. Das tres bordas, duas leteraes se fixam no labio interno do ramo ischio-pubiano: a terceira, posterior, é concava e se continua em baixo com a aponevrose perineal superficial, e em cima com a aponevrose pelviana.

Immediatamente abaixo deste andar aponevrotico, encontramos a segunda camada muscular, constituida pelos seguintes musculos: sphincter externo do anus, constrictor da vagina, transverso do perineo e ischio-cavernoso.

Sphincter externo do anus.—Este musculo se continúa com o constrictor da vagina, annel muscular que lhe circumscreve os bulbos, e cuja contractura produz o vaginismo inferior, e a reunião deste dous musculos formando um 8 de contas, constitue na realidade um unico musculo — o constrictor dos orificios.

Este musculo é constrictor activo quando o soalho perineal está levantado, mas desde que o perineo ache-se distendido, como no momento da expulsão, elle póde ser considerado como dilatador do orificio vaginal, no sentido vertical, antagonico, portanto, do transverso do perineo, que actua em sentido opposto;

comportando-se do mesmo modo em relação ao orificio anal, como observamos na descida da parte fetal.

Transverso do perineo— Situado no mesmo plano que o precedente, é um pequeno musculo, triangular, antagonista do constrictor da vagina, por seu feixe ischio-vaginal, e levantador do anus e do perineo.

O ischio-cavernoso, assim como o ischio-coccygineo, deve ser banido do perineo obstetrico.

Depois desta camada, a immediata é formada por tecido cellulo-adiposo, em maior ou menor quantidade, segundo os individuos; este tecido estende-se até ás fossas ischio-rectaes, onde se nota com exhuberancia, e faz continuidade anteriormente com o tecido celluloadiposo dos grandes labios.

Forrando este tecido, encontramos, ainda na ordem de superposição: a aponevrose superficial do perineo, continuação da folha inferior da aponevrose média; o fascia superficialis que se explana para a parte interna das coxas e para as regiões gluteas e finalmente, como envolucro externo da região, a pelle que ahi apresenta-se de côr mais carregada, provida de folliculos sebaceos, gosando de extensibilidade notavel continaundose adeante com a mucosa da vulva e atraz com os tegumentos das nadegas e das coxas.

A irrigação desta parte assim como a innervação que é quasi que exclusivamente fornecida pelos nervos pudendos internos, é feita á custa da arteria pudenda interna e seus ramos.

A rêde lymphatica, bastante consideravel, é consti-

tuida por vasos lymphaticos que vão ter aos ganglios inguinaes.

Physiologia. — Consideraremos o perineo como orgão de protecção e sustentação, destinado a manter as relações dos orgãos pelvianos, e como orgão da parturição.

De facto, o perineo como orgão de protecção sustenta e protege:

1º, a parede anterior do recto, impedindo o seu prolapso, que seria inevitavelmente acompanhado do fundo de sacco posterior da vagina e do collo do utero;

2º, a parede posterior da vagina, impedindo tambem o seu prolapso e por consequencia os mesmos desvios do caso anterior;

3º, os orgãos que sobre elle repousam, como o utero, a bexiga e, mais superiormente, os intestinos.

O illustre gynecologista americano Gaillard Thomas, insistindo sobre o papel mecanico desse triangulo, diz: « depois da destruição do corpo perineal, os orgãos que elle sustenta, não recebendo mais o apoio necessario, se dirigem para baixo e para fóra ».

Como orgão da parturição, o perineo modifica-se, distendendo-se e alongando-se. Apezar dessas modificações elle resiste e reage contra as forças expulsivas e é justamente da lucta entre a força de resistencia que offerece o perineo e as forças expulsoras que resulta o desprendimento.

O triangulo perineal, pois, é resistente e contractil. A contracção dos musculos perineaes impelle o perineo para cima e para deante, contra a parede anterior da

vagina, e ás vezes essa contractibilidade é tal que determina um caso de dystocia.

Segundo alguns autores, a resistencia é só devida á pelle e ás aponevroses. Os musculos dizem elles, acham-se paralysados pela compressão, pela distensão forçada, o que exclue a idéa de potencia antagonista seria, ha antes relaxamento completo, sobretudo no sphincter anal.

Ora, segundo pensamos, estes argumentos não resistem ao menor exame.

O relaxamento do sphincter anal não é mais do que a contracção do musculo constrictor dos orificios vaginal e anal, como o consideramos, constricção esta que, fazendo-se para o lado da vigina, dilata o sphincter anal.

Quanto á paralysia por compressão, esta não existe, pois só se a observa quando, pela chloroformisação, chegamos ao periodo anesthesico.

Hodiernamente todos os gynecologistas e parteiros são accordes em attribuir tambem á camada muscular um papel activo na resistencia perineal.

O perineo, pois, reage contra toda e qualquer causa que determine a distensão dos canaes que elle limita e sustenta.

Esta reacção torna-se bastante evidente no momento em que o feto atravessa o infundibulo perineo-vulvar.

O facto passa-se mais ou menos do seguinte modo: quando a parte fetal que se apresenta toca a parte correspondente ao eixo do estreito inferior, o perineo reage e a impelle para cima e ligeiramente para dean-

te. Existe neste tempo dilatação anal e distensão da região perineal no sentido transverso. Quando a cabeça começa o atravessar o orificio vaginal, nota-se o retrahimento perineal com constricção anal e movimentos simultaneos de dilatação vulvar.

Toda a physiologia do perineo, pois, resume-se na phase expulsiva: existe movimento de propulsão antero-superior durante o tempo em que a parte fetal que se apresenta occupa o canal vaginal e um movimento de retracção postero-superior do lado anal do perineo.

CAPITULO II

Etiologia e mecanismo das rupturas

Todo obstaculo ao movimento lento e gradual que descreve o feto no canal pelvi-genital para vir ao mundo póde ser considerado como causa de rupturas do perineo, e como os obstaculos podem sobrevir da parturiente, do proprio feto e do parteiro, classificaremos estes obstaculos como provenientes destes tres factores.

I Causas provenientes da parturiente

Estudaremos sob esta rubrica a primipara idosa; os vicios de conformação da bacia; o estado das partes molles em geral e do perineo em particular.

As rupturas do perineo nas primiparas é, para alguns autores, a regra.

Em algumas estatisticas que vimos, citadas por diversos parteiros, notámos que o numero das rupturas nas primiparas é exaggerado, parecendo-nos antes que estas rupturas têm outra causa que não a primiparidade. No emtanto, quando a primeira gestação se processa em uma mulher cuja idade oscilla de 30 a 40 annos, na opinião unanime dos autores, as rupturas, na maioria dos casos, são inevitaveis. A idade, pois, altera a nature-

za do perineo, de maneira que o torna menos susceptivel ás modificações physiologicas da prenhez.

Entre os vicios de conformação de bacia ligados ás anomalias das peças osseas que a compõe podemos considerar:

A falta de inclinação da bacia.—Nestes casos ha uma má direcção das forças expulsivas e por consequencia do feto, que vem se applicar fortemente contra o perineo, cedendo este depois de alguma resistencia.

A ampliação da bacia.—Observa-se que nas bacias de grandes dimensões a descida do feto se faz bruscamente, de maneira que o perineo, não tendo tempo para dilatar-se, resiste por algum tempo, vindo depois a romper-se.

Saliencia do promontorio. — Quando o angulo sacro-vertebral é muito pronunciado, muda a direcção e dimensões do canal da parturição, de modo que o feto é obrigado, na descida, a seguir uma primeira curva — a de falso promontorio, como a denomina Barnes. Esta curva determina um maior desvio do sarum para traz, trazendo por conseguinte o deslocamento do eixo do estreito inferior e menor inclinação do plano perineal, resultando disto a permanencia da cabeça perpendicularmente a esta região. Ha, pois, preponderancia das forças expulsivas sobre as de resistencia, donde as rupturas.

Insufficiencia ou excesso de encurvação do sucrum. — O mecanismo das rupturas occasionadas por insufficiencia de encurvação é facil de prever; o canal pelvi- genital diminue de capacidade e, portanto, impede a rotação da cabeça. Nos casos de excesso de encurvação o meca-

nismo é analogo ao da saliencia do promontorio, isto é, ha o deslocamento do eixo do estreito inferior.

Grande extensão da symphyse pubiana — estreitamento da arcada — obliquidade posterior dos ramos ischio-pubianos. — O modo por que se processam estas rupturas depende da anomalia em presença. No alongamento da symphyse, a dystocia é produzida ou pela falta do movimento de rotação ou pelo de extensão da cabeça, quer em um quer em outro caso a integridade do perineo periga No estreitamento da arcada o desprendimento não se fará sem comprometter as partes molles; e ellas serão mais ou menos lesadas conforme o gráo deste estreitamento. Nos casos de obliquidade posterior dos ramos ischio-pubianos, a capacidade do canal é diminuida, impossibilitando a rotação, donde as rupturas.

Além destas anomalias, temos ainda a considerar as lesões accidentaes da bacia, taes como: as fracturas consolidadas viciosamente, determinando callos deformantes, os tumores dos ossos, citados por Tarnier, como os osteosarcomas, etc.

Nas causas de rupturas attribuidas ao estado das partes molles em geral e do perineo e da vulva em particular, podemos entre outras, considerar as seguintes, como as mais citadas, e as que, mais commummente, observamos:

Desvios uterinos. — Com o professor Barnes e outros autores podemos incluir entre estas causas os desvios uterinos. E' facil de verificar o desvio que soffre o eixo do utero e portanto do feto, nos ventres denominados pendulos, alforges, que resulta de uma anteversão; pois bem, nestes casos, não ha relação destes eixos com

o da bacia, por consequencia a parte fetal, que se apresenta uma vez em contacto com a parede posterior do canal pelvi-genital, ahi exercerá uma forte pressão, resultando disto uma transformação da posição e muitas vezes rupturas do perineo e que começam em cima e antes do desprendimento. O que se dá nas anteversões, tambem se nota nos outros desvios uterinos.

Saliencia do tuberculo urethral. — Esta saliencia raras vezes é tão notavel que chegue a ser causa de dystocia e produzir rupturas do perineo; no emtanto Moreau cita observações em que este estado era tão pronunciado que impedia o desprendimento.

Nestas condições a cabeça é recalcada contra o perineo e a ruptura será o effeito da grande distensão desta região.

Resistencia do orificio vaginal. — Com os distinctos gynecologistas Charpentier, Budin e outros, bem que banida por grande numero de parteiros, apontaremos a resistencia do orificio vaginal, quer produzida pelo vaginismo superior, que, como sabemos é devido a uma contractura do coccy-perineal, quer pela persistencia do hymen, como embaraço real á expulsão e portanto como causas de rupturas.

Estreitamento vulvar, resistencia do seu annel, estado pathologico da vulva, taes como, placas syphyliticas, destruindo-lhe a mucosa, os œdemas dos grandes e pequenos labios, ainda mais a elephantiasis, os diversos tumores descriptos por Baudelocque, Tarnier, etc., todas estas causas actuam diminuindo o diametro do annel vulvar, espessando a vulva, tornando os tecidos mais friaveis, emfim favorecendo as rupturas.

Cicatrizes viciosas da vulva. — Com numerosos gynecologistas e parteiros, citaremos, como causas predisponentes ás rupturas, as cicatrisações viciosas da vulva resultantes de ulcerações, queimaduras, etc.

Situação da vulva. —Como sabemos, a abertura do orificio vulvar varía extraordinariamente; algumas vezes esta abertura se faz para traz, quasi junto ao anus; outras para deante, proximo á symphyse, donde não raro o retardar ou accelerar o acto do desprendimento. No primeiro caso, a integridade do perineo é posta em jogo; no segundo, é antes a parte superior da vulva que periga.

Extenção do perineo.—Com Fasbender podemos considerar a influencia da extensão do perineo em relação ás primiparas e ás multiparas.

Nas primiparas, si o perineo é pouco extenso, a cabeça se dirige segundo o eixo do estreito inferior e se desprende com facilidade; quando, porém, o perineo é extenso, ella não se póde desprender sinão pelos seus diametros sub-occipitaes e a flexão será tanto mais completa quanto mais longo for o perineo. Esta regra, que devemos seguir em todos os casos, tem sua maior razão de ser nestas circumstancias.

Nas multiparas, porém, quanto mais extenso é o perineo tanto menos provaveis são as rupturas.

Estado do perineo.—Na opinião de Pajot, ha perineos que são votados ás rupturas. Duncan descreve uma alteração propria do tecido perineal que lhe diminue a resistencia. Além disso a espessura œdematosa ou hypertrophica, a regidez, as cicatrizes provenientes de queimaduras ou não, emfim a grande resistencia, são outras

tantas causas capazes de concorrer para estas rupturas.

O mecanismo pelo qual se processam estas lesões é facil de explicar: sob a influencia destes diversos estados pathologicas, o perineo enfraquece-se, torna-se impotente para luctar contra as forças expulsivas e o resultado infallivel é — a ruptura.

II Causas de origem fetal

Neste segundo grupo de causas predisponentes, estudaremos a relação do feto com o canal vulvo-vaginal e a influencia das diversas apresentações e posições viciosas.

Desenvolvimento do feto. — Apontamos como causa de dystocia o grande desenvolvimento do feto, principalmente do ovoide cephalico. Segundo alguns parteiros, o sexo tem alguma influencia sobre as rupturas, pois que para elles o feto do sexo masculino, mais frequentes vezes que o feminino, produz rupturas. A ser isto exacto, a explicação mais plausivel é o maior desenvolvimento do feto pertencente ao sexo forte.

Circumferencia da cabeça fetal. — Na opinião de Levret, Liebmann, Winckell, um craneo pouco desenvolvido compromette mais vezes o perineo que um bem desenvolto.

O facto tem sua razão de ser e é cabalmente explicado do seguinte modo: quando a cabeça é pequena, ella é expellida bruscamente, quando não o é, a lentidão e a regularidade da descida, distendendo pouco a pouco o perineo, torna-o apto a maior resistencia, o que não se dá no primeiro caso.

A influencia das diversas apresentações foi bem estudada por Velpeau, que, com toda a sua autoridade, considera como capazes de occasionar rupturas tanto as duas extremidades do feto como qualquer de suas partes.

Apresentação de occiput e de face.— Estas duas apresentações são quasi sempre acompanhadas de rupturas, reconhecendo todos os parteiros maior frequencia nas de vertix.

Apresentação podalica.—Nestas apresentações as rupturas quasi sempre se manifestam nas manobras empregadas para o desprendimento da cabeça, pois devido á constituição anatomica da região podalica, a reducção, isto é, o primeiro tempo do parto, faz-se perfeitamente.

Desprendimento das espaduas.—Tem sido observado grande numero de casos em que a ruptura se dá na occasião em que as espaduas são expellidas.

A diversas causas tem se attribuido este accidente: a descuido, a rapidez do desprendimento, a grande dimensão do diametro bi-acromial. O professor Stoltz diz ter observado um caso em que o diametro bi-acromial era tal que obrigou a pratica de uma evisceração. Parece-nos, entretanto, que o descuido do parteiro ou de quem assiste ao parto, é a principal causa destas rupturas.

Posições viciosas. — Sob este titulo estudaremos as diversas rupturas occasionadas pela ausencia de certos phenomenos mecanicos do parto, taes como: os movimentos de flexão, de rotação e de extensão.

Todos os autores, descrevendo a etiologia das rupturas do perineo, notificam tres proposições formula

das por Baudelocque e não faremos mais do que, por nossa vez, cital-as:

1º, a falta de extensão da cabeça para o desprendimento do occiput, nas tres primeiras posições;

2º, a falta de rotação da cabeça nas tres ultimas posições da apresentação de occiput;

3º, a falta de flexão da cabeça quando a face se desprende para deante, isto é, sob a symphyse pubiana.

A falta de extensão e de flexão actuam distendendo o canal pelviano, emquanto que a ausencia de rotação comprime o perineo.

São estas as causas mais communs das rupturas, proveniente do feto.

III Causas provenientes do parteiro

Comquanto alguns autores não considerem este terceiro grupo de causas predisponentes, por julgarem que todo o parteiro deve ter proficiencia bastante para evitar taes rupturas, comtudo achamos de nosso dever assignalal-as; porquanto algumas vezes o parteiro, apezar de todo o seu saber, é o causador de tal accidente, bem que, na maioria dos casos o descuido ou mesmo a impericia seja o principal factor.

Assim, o parteiro é muitas vezes obrigado a intervir de prompto, não dando tempo ao perineo de dilatar-se convenientemente, pois que não raro é a vida da mulher que està ameaçada devido a hemorrhagia, a exgotamento, etc. ou é o feto que, pela diminuição e acceleração dos batimentos cardiacos, pela perda de meconium, etc. sabemos que está soffrendo e

em imminente risco de vida. Nestas condições o dever do parteiro, estando o collo dilatado ou dilatavel, é intervir, fazer a extracção rapida do feto, ainda que desta extracção resulte a ruptura do perineo, não devendo vacillar entre uma ruptura e as vidas que vela — do feto e da parturiente.

A fora esta circumstancia as rupturas correm por descuido ou impericia: assim applicando o forceps e não tomando as devidas precauções no desprendimento da cabeça, da espadua, etc; applicando o forceps e, ao fazer as primeiras tracções, havendo um escapamento rapido, o parteiro é o causador das rupturas.

Outras vezes o parteiro assiste a um parto natural, e, ao desprender-se a cabeça, produz uma pequena solução de continuidade na vulva, muitas vezes na furcula, não tomando elle as devidas cautelas no momento da expulsão das espaduas, esta simples solução transforma-se em uma verdadeira ruptura do perineo.

O parteiro fazendo uma versão interna, introduzindo mesmo a mão só com o fim explorador, tem sido causador de rupturas.

Os instrumentos que não o forceps, como o gancho, o craneoclasta, etc, empregados ás vezes por mãos pouco habeis, podem causar lesões do perineo.

Finalmente a attitude passiva de quem assiste o parto, o uso de manobras insensatas, o emprego intempestivo da ergotina e outros tantos artefícios de que lançam mão algumas parteiras e a funesta classe das aparadeiras, na maioria dos casos analphabetas e que infelizmente ainda entre nós têm acceitação, são ainda causas de rupturas, cuja responsabilidade é toda individual.

Todas as causas de que tratámos são as que se

podem classificar ou antes incriminar como predisponentes ou determinantes. As diversas rupturas resultam, pois, quer do estado particular, quer de affecção especial do perineo, quer ainda de uma perturbação qualquer sobrevindo no acto da parturição, quer finalmente do descuido do parteiro.

A falta de accommodação do feto, dando origem a rupturas, deve ser considerada como a consequencia ou da rapidez da expulsão, ou da mudança de direcção das forças expulsivas ou, finalmente, da capacidade do canal da parturição.

Como vemos, estas tres grandes classes de causas determinantes são bastantes para produzir, segundo um dos tres elementos classificados pelo professor Budin—tecido, tempo e direcção—as rupturas do perineo, ditas por distensão ou por compressão.

Temos assim, conjunctamente com as causas, indicado o mecanismo pelo qual se processam estas lesões.

CAPITULO II

Meios de sustentação do perineo

O fim principal do parteiro, durante o periodo de expulsão, é garantir o perineo das rupturas a que se expõe em quanto o feto franquea o annel vulvar.

Com esse fim ou com o de facilitar a expulsão da cabeça e actualmente abandonados por dolorosos e alguns mesmo nocivos, differentes têm sido os processos, que desde remota antiguidade, têm lançado mão os parteiros. Sem pretender fazer o historico de todos esses meios, lembraremos comtudo alguns.

Data de Hippocrates (1) ou talvez de éra mais longinqua, o uso da fomentações de oleo ou de um corpo graxo sobre o perineo e partes circumvizinhas, com o fim de favorecer-lhe a elasticidade.

A dilatação da vulva e do perineo com o dedo, o recalcamento do coccyx foram aconselhados por diversos parteiros, como Deventer, van Hoorn, Jacobs, etc.

A introducção do dedo ou de uma alavanca na vagina para facilitar o resvalamento da cabeça era o meio de que se serviam outros gynecologistas e, entre elles, Plenck, Stein, Deleurye merecem ser citados.

Induzidos por Smillie, Stein, Hagen e tantos ou-

(1) Nœgele et Grenser.—Tratado de partos.

tros, muitos parteiros se utilisavam, para sustar este accidente, da introducção de um ou mais dedos no recto.

A intervenção manual, com o fim de sustentar o perineo, que, segundo a opinião do professor Grenser, foi primitivamente praticada por Lamotte e Puzos, é aquella que maior numero de adeptos tem tido, e a que ainda hoje, é geralmente empregada e aconselhada por quasi todos os autores, apezar dos seus grandes inconvenientes.

Com os professores Caseaux, Verrier, Auvard, etc. descreveremos este processo.

Collocada a parturiente em decubitus, quer lateral, como usam os inglezes e que alguns parteiros aconselham nas primiparas, com o fim de desviar a direcção das forças expulsivas, quer dorsal, que é a posição franceza, e a que geralmente empregamos, flexionadas as pernas sobre as coxas e estas sobre a bacia e ligeiramente afastadas, começam alguns parteiros pelo pequeno trabalho.

Este pequeno trabalho consiste em uma serie de manobras executadas com o fim de facilitar a abertura da vulva e a dilatação do collo e da vagina.

Os parteiros, porém, não se subordinam ao emprego das manobras existentes; o espirito inventivo dos autores se patenteia, cada qual porfia em ser o creador de um processo, e cada dia surge uma novidade. E' assim que Byford, nos casos em que a ruptura do bolço de aguas é prematuro, preconisa a collocação de uma ampolla dilatavel na vagina com o fim de substituil-o; que Dumas, com a denominação de dilatação prefetal, aconselha a introducção de tres dedos no canal pelvi-ge-

nital, de modo a formar um cone prefetal, que, dilatando as partes molles, prepara ao feto caminho mais accessivel.

Este pequeno trabalho está hoje quasi que abandonado, porque o seu uso é antes desfavoravel que salutar.

Posta, pois, a parturiente em posição conveniente e feito ou não o pequeno trabalho, o parteiro colloca-se-lhe á direita, dirige a dextra por baixo da coxa e a juxtapõe ao perineo, de modo que a furcula corresponda á commissura que separa o index do pollegar e exerça pressão equivalente ás forças expulsivas. Por este mecanismo, a furcula, ponto mais vulneravel do orificio vulvar, apresenta as melhores condições de resistencia — dizem elles.

Quando as contracções uterinas forem muito violentas e que uma das mãos só não possa conter a descida brusca da cabeça, neste caso o parteiro collocará a outra mão sobre a primeira, evitando assim a responsabilidade de uma ruptura que estava imminente.

O professor Chassagny, adepto deste meio de sustentação do perineo, em seo compendio, descreve um apparelho que inventou e que consiste em uma placa metallica applicada sobre o perineo com o fim de tornal-o mais resistente.

Parece-nos que, por esse processo, o parteiro longe de evitar a paternidade de tal accidente, torna-se o seu autor.

E' evidente que as rupturas do perineo dão-se quando as forças expulsivas são taes que nullificam a resistencia, isto nos casos normaes, quando não subsiste alguma das causas a que já nos referimos; ora, si a resistencia é inefficaz contra as forças expulsoras só, por

maioria de razão o será contra estas e a pressão que exercemos exteriormente; o perineo, pois, fica entre dous fogos, entre duas forças actuando em sentido contrario, e forçosamente ha de render-se. Além disso a compressão augmenta a energia das contracções uterinas.

Goodel diz que não impedimos a ruptura com um simples sustentaculo mecanico e propõe substituir a expressão sustentar perineo, pela a de —relaxar perineo, e recommenda o seguinte processo: um ou dous dedos da mão esquerda serão introduzidos no recto, afim de conduzir o perineo para deante, por cima da cabeça, na direcção do pubis e o pollegar da mesma mão será applicado sobre a cabeça que progride, de modo a detel-a um pouco, si necessario for.

A critica deste processo foi feita por Paylfair, que, com justa razão, acha repugnante a introducção dos dedos no anus, não só para o medico como para a parturiente.

O professor N. Charles de Liegè, em seu tratado de partos, entre os meios empregados com o fim de evitar as rupturas do perineo, aconselha um, que diz ser seu, e que consiste em sustentar ao mesmo tempo cabeça e perineo; a mão esquerda sustem a cabeça, afim de evitar a sahida brusca, e ao mesmo tempo dirige-a com um movimento de ascenção para o monte de Venus; a mão direita sustenta o perineo, para dar-lhe maior resistencia, e recalca os tecidos para deante, como para allongar o perineo e facilitar a ampliação da vulva.

O parteiro só age durante as contracções e incita a parturiente a só fazer esforços durante a dor.

A mão esquerda exerce então uma pressão bem energica impedindo desse modo a sahida da cabeça,

porque o desprendimento só se deve fazer no intervallo das contracções; a mão direita comprime o perineo e recalca o mais possivel os tecidos em direcção á vulva.

Toda esta manobra deve ser feita com lentidão; é preciso regularisar bem a progressão da cabeça, e não nos commover com os gritos e supplicas da parturiente.

Todos esses meios que acabámos de expor devem ser postos de lado, porquanto nenhum preenche o fim a que se destinam.

Para preservar o perineo de rupturas não é bastante sustental-o, isto é, collocar a mão sobre o perineo, ou apoial-o com os dedos para impedir a distensão. Este meio é illusorio. Para proteger o perineo não é preciso sustental-o, repito, mas sim sustentar, deter e dirigir a cabeça fetal ou a parte que se apresenta, no momento em que ella assoma ao orificio vulvar.

Obedecendo a esses preceitos, citaremos dous processos: o de Tarnier, descripto por Bonnaire, e o que o professor Ribemont, em seu trabalho de obstetricia, descreve como o usado no serviço do professor Pinard.

Passaremos a descrevel-os, sujeitando-os a ligeira critica.

Diz Tarnier: no momento preciso em que o angulo posterior, interparietal da grande fontanella, sobresahe á furcula, começa o papel mais activo do parteiro. Collocado á direita ou á esquerda do leito, applicará sobre o perineo a mão homonyma ao lado em que estiver, de modo que o pollegar vá se alojar no sulco genito-crural de um lado, emquanto que as extremidades dos outros dedos no sulco homologo. A furcula

formada pelo afastamento do pollegar e do index apoia-se sobre a commissura vulvar, reforçando-a.

A mão, assim disposta em fórma de ferradura através dos tecidos do perineo, cinge em sua concavidade toda a região fronto-facial do feto.

O talão da outra mão descança sobre o pubis e a polpa dos dedos, dirigidos para baixo, applicam-se sobre o couro cabelludo do feto, tocando a borda da furcula. Os dedos semiflexionados se acolam pelas extremidades, formando deante da cabeça uma especie de diadema que vae lentamente deslisando da fronte para a face durante o progresso do desprendimento. Assim dispostas, as mãos não têm por fim simplesmente sustentar o perineo, como habitualmente se diz, porém actuar segundo as circumstancias, segundo o momento para moderar ou accelerar a evolução do quarto tempo do parto. O seu *desideratum* é apanhar a cabeça através do orificio vulvar e substituir a precipitação de uma expulsão espontanea pela lentidão e moderação de um desprendimento arteficial. Importa antes de tudo prevenir uma sahida muito rapida.

A mão deve immobilisar o feto no momento exacto em que as bossas parietaes se insinuam na abertura vulvar. Espera-se que a contracção uterina cesse de todo, e desprende-se a cabeça durante o repouso desse orgão.

Bem que o methodo seguido pelo professor Tarnier tenha em vista sustentar e dirigir a cabeça, comtudo resente-se do mesmo inconveniente que os outros, pois que a mão que é applicada sobre o perineo, posto que seja com o fim de apprehender a cabeça, exerce sobre

este, já bastante destendido, pressão que, como já dissemos, lhe é nociva.

Quanto ao processo empregado no serviço de Pinard, e que o professor Ribemont em seu compendio nos aconselha, é mais ou menos o methodo que, ha muito tempo, professa e emprega no serviço clinico da Maternidade o professor Dr. Augusto Brandão e para o qual reclamamos direito de prioridade.

Dizemos mais ou menos porque o professor Ribemont é deficiente na exposição do processo; de accordo com Farabœuf, liga muita importancia ao desprendimento das bossas parietaes, não nos explicando, porém, o momento opportuno para a deflexão do ovoide cephalico.

Obtem-se a integridade do perineo, nos diz elle, collocando o talão da mão sobre a região pubiana, no momento de cada contracção uterina, de modo que os dedos se achem adeante da cabeça fetal. Os dedos a um centimetro em cima da furcula, mais ou menos approximados, apoiam-se sobre a região accessivel da cabeça e procuram desprender uma e depois a outra bossa parietal.

Logo que o bregma começa a apparecer, é necessario redobrar de precaução, pois que as grandes circumferencias da cabeça vão transpor o orificio vulvar.

Quando os tecidos do perineo parecem ceder, é util manter solidamente a cabeça no momento das contracções, recommendar-se a parturiente que não faça esforços, que abra a bocca, que respire amplamente, e, quando cessar a contracção uterina, com a maior precaução possivel, desprender-se-ha a cabeça.

Como vemos, Ribemont teme os grandes diame-

tros da cabeça,que são realmente os factores mais communs das rupturas, e não nos aconselha o meio de evitar estes diametros.

O professor Brandão, que ha muito critica a idéa erronea de sustentar perineo, aconselha que, para evitar a ruptura do perineo, quer no parto natural, quer no parto arteficial a forceps, se deve *só e exclusivamente sustentar a extremidade que se apresenta, principalmente a cephalica*, quer nas apresentações de occiput, quer nas de face.

O seu processo basea-se no momento opportuno, em que o parteiro deve deixar a cabeça executar o movimento de deflexão nas apresentações de occiput, e o movimento de flexão nas de face.

Guardadas as proporções da média normal entre a cabeça e o canal pelvi-genital molle, com um perineo que se distenda normalmente, evitar-se-ha sempre a ruptura, desde que se offerecer á distensão do perineo os menores diametros antero-posteriores da extremidade cephalica.

Nas apresentações de occiput, desde que este toma ponto de apoio debaixo da symphyse pubiana, o movimento de deflexão pode-se executar, e neste caso a ruptura do perineo é quasi sempre inevitavel, porque os diametros occipito-mentonianos, sendo *os maiores*, vão distender o orificio vulvo-perineal de muito *menor dimensão*, e só os perineos excessivamente dilataveis escaparão á ruptura; além disso, para franquear a abertura vulvar, que tem de transformar-se em circumferencia, para dar passagem ás differentes circumferencias da ovoide cephalico, neste caso, ainda serão as maiores circumferencias, isto é, as occipito-frontaes,

occipito-nasaes e occipito-mentonianas, que franquearão a circumferencia vulvar.

Para evitar essa consequencia, o Dr. Brandão manda que o parteiro, collocada a mulher na posição obstetrica, com a mão direita ou esquerda, conforme a sua situação ao lado da parturiente, desde que o occiput se fixe debaixo da symphyse pubiana, tome em cheio a cabeça que acaba de apontar no horizonte vulvar, e com a palma da mão correspondente faça pressão, impedindo, assim o movimento de deflexão, emquanto a região do sub-occiput não se insinuar debaixo da symphyse.

Deste modo o desprendimento realisa-se, offerecendo a cabeça os seus menores diametros, isto é, os diametros sub-occipitaes e suas respectivas circumferencias, que, muito menores que os occipitaes distenderão muito menos o perineo e franquerão a circumferencia vulvar, não deixando vestigios em sua passagem.

Procedendo da mesma maneira nas apresentações de face, isto é, não deixando desprender-se a cabeça sinão depois da insinuação, debaixo da symphyse pubiana, da região sub-mentoniana ou melhor hyoidéa, deste modo ainda offerecemos os menores diametros e circumferencias, que transportarão os umbraes da vulva, ficando illeso o perineo.

Expulso o ovoide cephalico, parte volumosa e dura, causa habitual das rupturas do perineo, voltam-se as vistas para o desprendimento das espaduas, pois, como já tivemos occasião de dizer, em certo numero de casos, é nesse momento que tal accidente se produz.

Tambem aqui procede-se com calma e methodo, deixando que as espaduas se orientem, que se insinuem na bacia molle, o que facilmente se reconhece pelo movimento de rotação externa que executa a cabeça.

Tomando-se então a cabeça com as duas mãos, de tal sorte que as extremidades dos dedos de uma mão se apoiem no sub-occiput e os de outra abaixo do mento, exercem-se tracções para baixo e para traz, insinuando fortemente a espadua anterior em baixo da symphyse, de modo que, elevando-se a cabeça, dê-se a expulsão da espadua posterior, realisando-se em um segundo tempo a expulsão da anterior. Os demais diametros, bastantes reduziveis, não apresentam maior importancia.

O Dr. Brandão formula o seu processo com esta proposição:

Para evitar a ruptura do perineo em parto natural ou arteficial, deve-se impedir o desprendimento da extremidade fetal, em quanto esta, fixando-se na symphyse pubiana, não offerecer para a distensão do perineo e orificio vulvar os seus menores diametros e respectivas circumferencias.

E' esse o meio que nos parece mais racional, aquelle que nos offerece melhores resultados, e que temos tido occasião de empregar sempre com feliz exito, todas as vezes que uma causa qualquer não tenha modificado a normalidade do perineo.

Nos casos em que a distensão do perineo é exaggeradissima, em que existe uma das causas predisponentes que já citámos e que a sua ruptura é inevitavel, teem os autores aconselhado incisões vulvares com o fim de evitar rupturas extensas e o comprommettimento do anus e do recto.

A estas incisões dá-se o nome de Episiotomia, palavra formada de dous radicaes reggos Επισειον vulva e τεμνω —cortar, e differentes são os processos preconisados.

.Ritgen faz uma serie de pequenas incisões na vulva, com o fim de augmentar o orificio de sahida do feto, pórem essas incisões são insufficientes, e o augmento do orificio vulvar é quasi nullo.

Eichelberg, manda fazer uma ou duas grandes incisões latero-inferiores. Esse processo, sendo melhor que o precedente, tem o inconveniente de ferir muitas vezes o conducto excretor da glandula da Bertholin, seccionar filetes nervosos, e, como se observa muitas vezes, o retalho inferior pelo seu pezo tende a cahir e a mortificar-se.

O Dr. Henrique Baptista, sendo forçado a lançar mão da episiotomia em um caso em que a ruptura era inevitavel, nos chamou a attenção para este inconveniente do processo de Eichelberg e nos aconselhou sempre incisar no sentido latero-superior.

Michaëlis incisa posteriormente, desviando-se um pouco do raphe mediano.

Paul Dubois, fazendo de cada lado da furcula duas pequenas incisões, tem a presumpção de evitar o compromettimento do anus, porque, diz elle, si no momento da expulsão estas pequenas incisões tenderem a augmentar, seguem a direcção das coxas.

Tarnier e Chantreuil completaram o processo de Michaëles continuando a incisão mediana para os lados, quer para um lado em fórma de L, quer para as dous em fórma de Y, afim de preservar o anus.

Este methodo apresenta os mesmos inconvenientes que o do professor Eichelberg.

As vantangens da episiotomia, bem que geralmente acceita, são ainda bem discutiveis.

Si, com os processos empregados com o fim de sustentar o perineo, nem sempre evitamos a sua ruptura, comtudo só por muito descuido não sustaremos a do anus e do recto.

CAPITULO IV

Tratamento

Antes de tratarmos propriamente do assumpto enquadrado neste capitulo, que dividiremos em dous paragraphos, seja-nos permittido, de accordo com a maioria dos autores que compulsamos, classificar as rupturas do perineo.

De accordo com a mór parte delles, consideraremos tres grupos de ruptura: as incompletas, as completas e as centraes.

Toda a vez que encontramos uma ruptura do perineo que não attinge o anus, denominamos do primeiro grupo; ao contrario, chamamos completas aquellas em que a ruptura se estende do orificio vulvar ao anus; enumerando finalmente no terceiro grupo aquellas que se processam no meio do perineo, deixando immunes os orificios vulvar e anal—estas são excessivamente raras.

No grupo das incompletas devem, segundo opinião de alguns gynecologistas, ser considerados dous gráos.

Classificam no primeiro gráo aquellas em que só a furcula é sacrificada, e no segundo gráo, quando, além da furcula, o perineo tambem soffre.

Considerando as rupturas da furcula como ruptu-

ras vulvares, só nos occuparemos das do segundo gráo.

Nestas, as perturbações que se notam são provenientes da falta do sustentaculo perineal; o orificio vulvar é augmentado e favorece, portanto, a cystocele, a quéda do utero e mesmo a metrite.

Em alguns casos as mulheres queixam-se de dôres vagas, que symptomatisam a enteroptose.

Nas rupturas completas ha o exaggero dos symptomas que descrevemos e, além disso, a formação de uma cloaca, a incontinencia de gazes e das materias fecaloides, e ás vezes a retensão destas torna-se um verdadeiro martyrio para a doente.

Como, porém, não podemos confiar a reparação só aos cuidados da natureza, pois que esta só age em certas e determinadas circumstancias, differentes têm sido os meios aconselhados com o fim de reparar taes accidentes que não raro acompanham o trabalho de parto.

Estes meios são: o conchegamento femoral, o emprego das serras-finas e as suturas ou, mais propriamente, a perineorrhaphia.

Descreveremos ligeiramente os dous primeiros e discutiremos mais detidamente o ultimo meio—que é o geralmente acceito.

Conchegamento femoral.—Quando as rupturas do perineo são pouco extensas, isto é, quando não excedem ao meio do raphe mediano, obtem-se muitas vezes cicatrisação por primeira intensão, uma vez que tomemos certos cuidados, e estes consistem em approximar as coxas da mulher, ligal-as ao nivel dos joelhos, flexionar ligeiramente os membros inferiores,

manter esta posição durante dous ou tres dias e fazer quotidianamente injecções vaginaes, tendo o cuidado de não descollar os labios da ferida, muitas vezes já em via de cicatrisação.

Este meio empregado, e quasi sempre com feliz exito nos casos de simples rupturas da furcula, não póde, com segurança, ser utilisado nos casos de rupturas do perineo, embora alguns parteiros aconselhem mesmo nos casos de rupturas completas.

Nem sempre podemos contar com a docilidade da doente e a suppuração é, na maioria dos casos, o resultado.

Serras-finas.—As serras-finas, cujo emprego tende a desapparecer e que mais cedo ou mais tarde hão de figurar no grupo do instrumental historico dos arsenaes de obstetricia, ao lado de tantos outros que lá existem, foram introduzidas na pratica da restauração do perineo por Danyau.

As primitivas eram constituidas por dous ramos, terminando por denteações, como, porém, o seu emprego era doloroso e a compressão prolongada, não raro produzia a gangrena com esphacelo da parte, Crequy modificou-as. Esta modificação consistiu no cruzamento dos ramos e na terminação em ponta, de modo que, applicadas sobre os tecidos, penetravam profundamente e a coaptação das bordas da ferida era perfeita.

O tempo que deve durar a applicação das serras-finas é variavel.

Como já dissemos, o seu emprego está quasi abolido.

Perineorrhaphia.— A primeira mensão desta ope-

ração se encontra em um fragmento da collecção gynecologica de Spach, feita por Trotula (1), personagem muito anterior a Ambroise Paré, cuja época em que viveu e mesmo o sexo são litigiosos. Neste fragmento acham-se nitidamente mencionadas, não só as rupturas completas do perineo e a sua causa commum, mas tambem o tratamento por meio das suturas.

Esquecida, porém, durante seculos, esta pratica resurgiu no seculo XVII com Guillemeau, distincto discipulo de Ambroise Paré, a quem coube a honra, póde-se dizer, de ter pela primeira vez descripto e praticado com successo a perineorrhaphia.

Cahida de novo no esquecimento, conservou-se em verdadeiro estado de latencia, até o começo do seculo XVIII, em que foi novamente empregada por La Motte, Smillie, Noël (de Rheims), Murenna, Soucerotte, com mais ou menos successo.

Em 1829, Dieffenbach, na Allemanha, foi o autor de um methodo que tem servido de typo a numerosos processos; assim Roux, em 1834, aperfeiçou a operação de Dieffenbach e introduzio-a em França.

Hoje é uma operação usual e raro é o gynecologista que não a tem praticado.

A perineorrhaphia póde ser praticada logo após a ruptura ou tardiamente. De accordo com esta pratica, trataremos do assumpto em dous paragraphos, porquanto as regras para a execução da perineorrhaphia immediata differem da da tardia.

(1) Sedillot—Medicina operatoria.

§ 1º.—PERINEORRHAPHIA IMMEDIATA

Pensamos com Doléris que a perineorrhaphia é uma operação gynecologica que deve ser considerada como obstetrica, pois achamos que é dever do parteiro restaurar immediatamente o perineo roto em trabalho de parto.

Contra esta pratica, porém, diverso é o modo de entender de alguns parteiros; innumeras têm sido as objecções creadas; os mais eminentes nomes têm patrocinado estas objecções.

Toda a contraversia tem versado sobre dous pontos principaes: si devemos sempre restaurar o perineo, e em que momento devemos fazel-o.

Adversos á intervenção, citaremos Caseaux e Tarnier. Estes distinctos gynecologistas nos aconselham: nada fazer nas rupturas pouco extensas. Nas já bastantes consideraveis, que chegam até o sphincter anal, porém sem offendel-o, usam de preferencia á sutura a cauterisação da ferida com nitrato de prata. Nas rupturas completas abstêm-se de qualquer intervenção e limitam-se a manter a immobilidade das partes, pelo conchegamento femoral; porque, dizem elles, tem-se obtido algumas vezes a reunião espontanea por primeira intensão, emquanto que a perineorrhaphia nem sempre dá resultado satisfactorio.

Depaul não procede de outro modo e com elle grande numero de parteiros francezes.

As objecções repousam sobre a possibilidade da reparação espontanea e tambem de poucas probabilidades de successo que offerece a operação em razão do

estado puerperla, das complicações diversas susceptiveis de apparecer nos dias subsequentes ao parto e parar a cicatrisação, a falta de resistencia dos tecidos, o esphacelo possivel, a irritação produzida pelos lochios, etc. .

Estado puerperal, processo regressivo por excellencia, demolição dos materiaes accumulados pela prenhez, estado que é antithese do da gestação que é o processo vital, correspondente aos phenomenos plasticos, e que, como muito bem diz o professor Pajot, resume-se na palavra—hypertrophia,—é aquelle em que a parturiente está sob a influencia multipla do parto, da hemorrhagia, do esgotamento nervoso, etc. Ora, este estado, que acompanha todo o traumatismo, encontra-se em todos os feridos, e nem por isso impede o cirurgião de intervir immediatamente—salvo contra indicação.

Que póde acontecer, depois das violencias do parto e da ruptura dos tecidos, da applicação de alguns pontos de sutura? A cicatrisação não se fará, dizem os adversarios da intervenção immediata. Porém são elles mesmos que nos dizem que, a despeito de qualquer intervenção, a junctura por primeira intensão se faz algumas vezes. Por consequencia esta reunião, que algumas vezes é espontaneamente possivel, torna-se certa desde que auxiliemol-a, mantendo a perfeita coaptação das bordas da ferida, obviando assim quaesquer obstaculos que a isso se opponham.

O phenomeno dominante do estado puerperal—é a reabsorpção.

Os lymphaticos uterinos e os vasos absorventes da bacia funccionam activamente; o perigo resulta, pois, da intoxicação rapida, quando existe um fóco se-

ptico. Ora, com o emprego da sutura immediata, evitaremos este fóco, pois que juxtapondo os labios da ferida, impedimos o contacto destes com superficies nocivas, e, além disso, os meios antisepticos hoje usados nos autorisam a prognosticar a restauração immediata do perineo.

Evitando, pois, este fóco, protegeremos a parturiente, supprimindo superficies sangrentas, que são portas abertas á infecção:

Os allemães e os norte-americanos são adeptos da intervenção *post partum.*

No que diz respeito ao momento da intervenção, ainda opiniões differentes têm sido registradas. Velpeau et Roux aconselham a operação nas rupturas completas, quando a parturiente está completamente restabelecida.

Nelaton esperava até o momento em que, na superficie da ferida, apparecessem os botões carnosos, e então praticava as suturas profundas e superficiaes.

Outros cirurgiões não intervêm sinão dous, tres e mesmo seis mezes depois do parto. Dieffenbach é, pelo contrario, a favor da intervenção logo depois do secundamento.

Doléris diz que a sutura deve ser feita ou immediatamente ou no fim de 24 ou 36 horas, e, mais tardar no começo do terceiro dia.

Cada momento destes tem suas vantagens e suas desvantagens.

Assim, logo depois do parto, que é o tempo que preferimos, as bordas são irregulares e os retalhos em parte destacados tornam a coaptação um pouco difficil, porém a região é quasi insensivel, devido á compressão soffrida pelos nervos da vulva e das partes vizinhas; a

regularisação com a tesoura é por consequencia indolente e nada nos impede de uniformisar o campo operatorio.

A sutura se faz, pois, sem que a parturiente soffra e alem disso um certo gráo de infiltração dos tecidos torna-os menos resistentes.

No fim de 24 ou 36 horas, os tecidos estão retrahidos, a ferida necessita muitas vezes de ser regularisada e a sensibilidade, tendo voltado, torna a operação muito mais dolorosa. Emfim, uma demora de dous dias pouco influe, comtanto que a ferida esteja apta a uma reunião immediata.

Mesmo nos casos de lacerações relativamente notaveis, devemos proceder logo á sutura, porquanto estas lacerações incluidas no seio de tecidos bem vivos, bem vascularisados, por meio da reunião immediata, sendo bem lavadas e desembaraçadas dos coalhos, readquirem toda a sua vitalidade e não prejudicam a cicatrisação.

Terrilon é de parecer que só devemos intervir nos casos de rupturas médias, isto é, quando vão até o sphincter anal sem interessal-o. Nos casos de ruptura completa, elle acha que devemos esperar alguns mezes para então praticar-se a perineorrhaphia.

Guéniot, divergindo da opinião de Terrilon, mostra-se partidario da perineorrhaphia immediata, só nos casos em que o sphincter é interessado. Nas rupturas incompletas — nos diz elle «si nos hospitaes ha pouca probabilidade de reunião por primeira intensão, isso é devido ao meio, pois o mesmo não se dá na clinica civil, onde se observa a reunião na maior parte das vezes»

Pajot mostra-se favoravel á opinião de Guéniot — só intervir nos casos de rupturas completas.

Como já tivemos occasião de dizer, somos adeptos da intervenção immediata.

Os processos a seguir na pratica desta operação variam.

Doléris aconselha a sutura continua e de pontos profundos com catgut, pelos bons resultados que tem obtido e pelo magnifico successo que, na clinica do professor Schrœder, o emprego desta sutura tem tido em diversas operações anaplasticas; perineorrhaphias, colporrhaphias, etc.

O methodo seguido pelos allemães, da sutura de pontos separados, é o que mais usamos no serviço da Maternidade clinica.

Quanto ao material empregado, isto é, aos fios, todos são utilisados, os de prata, de catgut, de crina de Florença e de seda, este ultimo sendo o mais usado.

Nos casos mais simples, devemos começar a sutura pelo angulo vaginal da ruptura. Dá-se nesta região dous pontos bem approximados, importa que a mucosa vaginal seja bem confrontada e que a solução de continuidade desappareça pelo approximação dos labios da ferida.

Continua-se a sutura pelo perineo, tendo sempre o cuidado de juxtapôr as bordas cutaneas da solução de continuidade.

Nos casos de rupturas completas, quando o septo recto-vaginal é todo compromettido e ha formação de uma verdadeira cloaca, empregaremos o processo de Simon para as rupturas completas, que consiste na sutura continua com catgut em toda a extensão da parede recto-anal, e a sutura de pontos interrompidos nas partes vaginal e perineal.

Feita a sutura, devemos conservar por algum tempo o emprego dos seguintes cuidados antisepticos, afim de que o resultado seja favoravel:

1º, irrigar a vagina com uma injecção de sublimado a 1|2.000;

2º, evitar que a ferida seja banhada pelo sangue vindo da ferida plascentaria; fechando, portanto, o conducto vaginal com um tampão antiseptico collocado na entrada deste canal;

3º, sempre que for possivel e com o fim de obter exito seguro praticar a irrigação continua da superficie cruenta, por meio de uma solução phenicada a 1|50;

4º, fazer diariamente pulverisação de iodoformio

5º, manter as pernas approximadas por uma atadura, e emfim produzir a constipação durante uma semana, o que se obtem por meio de uma preparação opiacea.

No fim de oito a dez dias tempo sufficiente para a absorpção do fio de catgut empregado na sutura do recto são retirados, os fios da sutura vaginal e perineal, estes cuidados sendo fielmente observados, a cicatrisação sempre se dá, coroando o nosso trabalho e nos encorajando, escudados na antiseptisia a intervir sempre que o caso exija.

§ 2º—PERINEORRHAPHIA TARDIA

Innumeros são os processos empregados na reparação tardia do perineo, todos porém obedecem a dous grandes grupos: processos a retalhos, processos de avivamento. Estes processos ainda variam segundo o gráo

de ruptura do perineo; assim, ha methodos aconselhados para as rupturas incompletas, assim como os ha para as rupturas completas, filiando-se todos a um ou a outro dos dous grupos citados.

Descrevemos alguns processos de um e de outro grupo relativo ás rupturas incompletas e o mesmo faremos para as rupturas completas.

Processo d'Emmet. — Como typo do processo a retalhos para as rupturas incompletas, descreveremos o processo d' Emmet, transcripto pelo professor Pozzi, que não devemos confundir com o do mesmo autor, para as rupturas completas.

Collocada a doente em decubitus dorsal, e praticados os cuidados prophylaticos aconselhados em taes casos, Emmet começa destacando ao nivel do perineo e sobre o lado interno e inferior da vulva um retalho mucoso, tendo a fórma de dous foliolos. Espolia tambem a mucosa de toda a parte inferior da parede vaginal posterior, avizinhando-se da furcula.

O fim a que se propõe é não reunir, como nos outros processos, as partes esquerdas do avivamento ás direitas, dobrando-as sobre a linha mediana, porém acolar á parte vaginal avivada a vulvar igualmente desprovida de mucosa, de modo a reforçal-as.

Para obter este resultado passa-se o primeiro fio no grande labio acima do avivamento e na parte vaginal provida de mucosa.

Um segundo fio vem da parte superior do avivamento do grande labio á parte superior do avivamento vaginal, porém só sobre a linha mediana.

Dados estes dous pontos, os demais circulam todo o trajecto da espessura do grande labio e do septo

recto-vaginal. Ligados os fios o resultado é o seguinte: a parte direita vem se acolar á porção direita do foliolo médio, emquanto que a porção esquerda deste mesmo foliolo vae se pôr em contacto com a parte esquerda do avivamento labial.

Processo de Lawson Tait.—Este processo tambem usado no restabelecimento perineal, nos casos de rupturas completas é talvez o modelo dos processos de avivamento, e, como tal, mais aconselhado e empregado,

Introduzidos dous dedos no recto e augmentado por um ajudante o mais possivel o campo operatorio, o que se consegue applicando os dedos sobre os lados da vulva e dirigindo-os para as tuberosidades ischiaticas, procede-se ao avivamento.

Lawson Tait utilisa-se para isso de tesouras ponteagudas e quebradas em angulo obtuso, como as de Roux: póde-se tambem empregar o bisturi. Enterra-se a ponta da tesoura na linha mediana, de deante para traz, entre a commissura posterior da vulva e o anus e desforra-se, si assim podemos nos exprimir, o septo recto-vaginal, a principio para a direita e depois para a esquerda, vindo terminar nas extremidades da secção transversal; praticam-se duas incisões verticaes, que partem da união dos grandes e pequenos labios e que se dirigem para baixo. Estas tres incisões limitam uma area quadrilatera, faltando apenas o lado superior, e tendo os angulos arredondados. O retalho vaginal livre, retrahe-se em virtude de sua elasticidade e toma a fórma de um crescente ou de um semi-circulo irregular.

A superficie do avivamento, não estando completamente lisa, procede-se por meio de tesouras curvas á regularisação do campo operatorio; si, por acaso, secci-

ona-se alguma arteriola, pinça-se-na e pratica-se a torsão.

Isto feito, passa-se ao segundo tempo da operação, isto é, á sutura, que se faz com a agulha de Reverdin curva, ou com agulhas curvas communs, tendo o cuidado de não ferir a pelle, isto é, os pontos devem partir de um lado avivado a um ponto correspondente no outro lado.

Dados os pontos, cujo numero varia, faz-se uma lavagem com solução de sublimado, juxtapõem-se os dous lados avivados, dobrando-os sobre a linha mediana e procede-se á laqueação dos fios.

Para maior segurança dão-se alguns pontos superficiaes, e faz-se o curativo, que consiste em pulverisações de iodoformio e gaze iodoformada.

Procede-se, durante tres ou quatro dias, ao catheterismo, e no fim de oito dias retiram-se os pontos superficiaes; só retirando-se os profundos uns 14 ou 15 dias após a operação.

Além destes dous methodos mais usados, citaremos o de Simon, para rupturas incompletas, processo de avivamento e sutura; o de Roux, Dieffenbach, já postos á margem; o de Baker Brown; o de Gaillard Thomas e tantos outros.

As operações praticadas nas rupturas parciaes têm por fim restaurar o perineo; nas rupturas completas, porém, além desta incumbencia têm ainda por fim restabelecer a integridade das funcções do sphincter anal, e fechar a abertura accidentalmente existente entre o recto e a vagina, isto é, tornar aquelle canal, como é normalmente, independente do vaginal.

Para estes casos, ainda de grande cópia de pro-

cesssos podemos lançar mão; descreveremos uns e apenas citaremos outros, porquanto a differença é muitas vezes diminuta e as vantagens que podem advir do emprego deste sobre o daquelle são na maior parte dos casos insignificantes.

Processo de Simon.—Este processo, geralmente usado nos casos de rupturas completas do perineo, foi aperfeiçoado por Hegar. Consiste em um avivamento largo cujo conjuncto lembra a figura de uma borboleta de azas abertas e cujo corpo corresponderia ao septo recto-vaginal.

Estes cirurgiões não empregam o desdobramento, porém a excisão das superficies cicatriciaes e mucosas, para obter uma ferida de coaptação sufficiente.

A sutura será praticada com catgut ou sêda: será continua em toda a extensão da parede recto-anal, de pontos interrompidos na parte vaginal e no perineo; os pontos serão de profundidade de tres centimetros, no meio, tornando-se mais superficiaes á medida que vamos nos approximando do furcula e do anus.

Os processos de Freund e de Hildebrandt são analogos ao de Simon; variam apenas no modo de fazer o avivamento. Freund diz que o avivamento deve reproduzir a fórma da ruptura e Hildebrandt o faz em fórma de folha de trevo.

O mesmo se observa com os processos de Heppner, Lauenstein e A. Martin, que praticam a perineorrhaphia pelo processo de Simon, differindo o modo de reunião, que cada um tem o seu. Heppner faz a sutura em 8 de conta; Lauenstein pratica a sutura sub-mucosa, para evitar a infecção da trajectoria dos fios, occasionada pelas secreções do vagina e do

recto. Martin faz uma sutura continua em andares superpostos, com catgut; começa pela parede vaginal e termina na parede perineal.

Outro processo muito usado é o de Lawson Tait para as rupturas completas e que pouco differe do que já descrevemos para as rupturas incompletas.

Muitos processos poderiam ainda ser lembrados sobre o objecto deste capitulo; como, porém, a differencial entre elles não nos pareceu de grande monta, limitama-nos ao que expuzemos, na persuasão de que tanto basta para mostrar o que ha de mais geral na pratica da perineorrhaphia.

OBSERVAÇÕES

I OBSERVAÇÃO (pessoal)

(Serviço clinico da Maternidade)

Sebastiana, 23 annos de idade, preta, brazileira, primipara, constituição estatica forte e sadia. Altura 1,^{m} 55. Pelvis — B E - 23 c., B C - 26 c., B T - 29 c., S P - 19 c., P P (minimo), 11 centimetros.

Prenhez simples a termo. Feto vivo, apresentação cephalica; cabeça na excavação O I E A.

O trabalho de parto iniciou-se na madrugada de 19 de junho; as contracções excessivamente dolorosas obrigaram a inhalações chloroformicas e clysteres de chloral, indicação esta preenchida pelo estado spasmodico do collo uterino. Durante o dia a dilatação do collo progrediu, porém lentamente, tornando-se muito espassadas as contracções uterinas.

Na manhã de 20, a parturiente achando-se bastante fadigada e a escuta demonstrando soffrimento do feto, rompemos artificialmente as membranas e com a permissão de nosso illustrado mestre, applicamos o forceps de Sympson. A pegada foi ideal em relação ao feto, e obliqua em relação á bacia, desprendendo-se a cabeça em O P.

No acto da deflexão do ovoide cephalico, no desprendimento dos diametros SOB, SOF, SOM, os quaes,

medidos, chegavam a 10, 11 1[2, e 12 centimetros, apezar da manutenção dos cabos do forceps impedindo a rapidez na locomoção do mesmo ovoide, não pudemos, devido á estreiteza congenita da abertura vulvar, obstar a ruptura do perineo — ruptura esta que attingiu 2 cent. na linha mediana. A vagina, na parede posterior della foi dilacerada cerca de 3 cent. de extensão.

Secundada a plascenta, procedemos, depois de prévia asepsia vulvo-vaginal, á sutura immediata colpo-perineal, com o fio de seda, sendo de pontos separados; terminamos a operação pulverisando a synthese com iodoformio.

Oito dias depois foram retirados os pontos, tendo a cicatrisação se processado por primeira intensão. No mais, correu normalmente o puerperio, tendo a parturiente alta boa a 4 de julho de 1896.

II OBSERVAÇÃO

(Serviço clinico da Maternidade)

Isabel, 19 annos, preta, brazileira primipara, deu entrada no serviço desta clinica em 31 de agosto, em começo de trabalho de parto. De constituição estatica forte e normal, apresentava a altura de 1,^{m}50.

Procedendo á pelvimetria externa, verificámos a normalidade da bacia, que apresentava os seguintes diametros: B E — 24 c., B C — 26 c., B T — 29 c., S P — 19 centimetros.

Prenhez simples, a termo, feto vivo em apresentação cephalica; cabeça na metade superior da excavação, em posição direita, variedade posterior. O bolço de aguas existia ainda, estava muito delgado e achatado. O collo dilatava-se aos poucos. O ovoide cephalico

desceu até o estreito médio; as contracções, porém, tornaram-se muito espaçadas, a ponto da parturiente dormir nos intervallos dellas.

A's 6 horas da manhã de 1 de setembro, romperam-se as membranas; o collo estava completamente dilatado; a cabeça, porém, não rodava e o utero, já bastante enfraquecido, necessitava que fossemos em seu auxilio; o feto perdia um pouco de meconium, não havia mais que esperar, a intervenção era indispensavel, e esta foi feita pelo meu distincto collega e companheiro de internato o Sr. Torreão Roxo. Apezar de applicações jugo-parientaes no ovoide cephalico, não conseguiu rodar o occiput em nenhuma das posições evolutivas da posição primitiva — O I D P.

A gestante perdia um pouco de sangue, os batimentos cardiacos do feto diminuiam, o tempo era, pois, precioso. O collega Roxo retirou o forceps e applicou-o como si se tratasse de uma posição O I E A; converteu a posição em O S e fez o desprendimento flexionando a cabeça, sendo impossivel evitar, como já haviamos previsto, a ruptura do soalho perineal, a qual attingiu dous centimetros mais ou menos abaixo da furcula. Ainda sob a influencia do somno anesthesico, foi feita a sutura immediata, logo após o secundamento da plascenta.

Oito dias depois, no intervallo dos quaes foram, quotidianamente, feitas lavagens e pulverisações de iodoformio, retiravam-se os pontos, estando completamente cicatrisados o perineo e a porção da vagina compromettidos.

O puerperio correu quasi regularmente.

Devido a ligeira fluxão para os seios e a retensão de

alguns exsudatos, houve elevação de temperatura, que, com quatro irrigações intra-uterinas, desappareceu, tendo a puerpera alta boa a 13 de setembro.

III OBSERVAÇÃO

(Serviço clinico da Maternidade)

Elvira, 24 annos, parda, brazileira; secundipara de constituição estatica regular, medindo de altura 1,m45; deu entrada nesta clinica a 22 de junho do corrente anno.

Pelo exame procedido, verificou-se a normalidade de bacia, que apresentava os seguintes diametros: B E —25c., B C—27 c., B T—29 c., S P—18 c., P P (minimo) 10 centimetros.

Tratava-se de uma prenhez simples, de sete a oito mezes; o feto vivo e indifferente á apresentação definitiva.

O trabalho de parto uniciou-se ás 10 horas da noute do dia 10 de agosto. A ruptura das membranas deu-se durante a noute, não sendo possivel precisarmos a hora; na manhã de 11, praticando-se a exploração digital encontrou-se a cabeça ao nivel do estreito médio em O S; tocava-se o bregma na linha mediana e o lambda para cima e para traz.

Procurou-se corrigir com manobras desarmadas, porém sem resultado, a anomalia do parto. A rotação interna em O P não se fazia e já bastante longo ia se tornando o trabalho.

A intervenção estava indicada, e mais uma vez o meu distincto collega Roxo patenteiou a sua pericia no emprego do forceps, fazendo uma pegada unica.

O ovoide cephalico, levado pelo forceps, descrevia a rotação do occiput para o pubis, e exactamente na posição O I D A, a cabeça que era pequena, pois apresentava os diametros O M - 12 c., O F - 10 1|2 c., B P - 9 c., B T c., 7 - S O B - 9 1|2 c., H B - 9 1|2, c., não pôde ser contida, e por effeito de uma contracção uterina violenta, foi expellida bruscamente. Retirado o forceps, a deflexão completou-se normalmente. O perineo foi lesado, processou-se uma ruptura lateral esquerda— ruptura esta causada não só pela violencia da contracção a que já nos referimos, não permittindo a dilatação continua e progressiva do perineo, como tambem ao embaraço deste á dilatação, devido a uma cicatriz viciosa, stygma de uma ruptura anterior.

Feito o delivramento, foi o perineo suturado com os cuidados que se usam em taes casos.

Dous dias depois, pela ophtalmia purulenta que se manifestava no feto, soubemos que a parturiente se achava affectada de corrimento purulento, corrimento este proveniente da uma vaginite blenorrhagia e que até então havia occultado.

Apezar, pois, de toda a antisepsia empregada em lavagens vaginaes, das pulverisações de iodoformio, não conseguimos que a cicatrisação se operasse sinão em dous pontos, concluindo que nestes casos convem antes curar a vaginite, para que, depois, com toda a segurança de exito, pratiquemos a sutura.

IV OBSERVAÇÃO.

(Serviço clinico da Maternidade)

Philomena, 31 annos, parda, brazileira, entrou para este serviço a 4 de agosto de 1896.

Declarou ser esta a segunda gestação, tendo a primeira se resolvido por um aborto de tres mezes. Após este aborto, foi victima de uma infecção seguida de corrimento branco do utero, que durou algum tempo, ficando, porém, completamente curada.

Desde de dezembro que não é menstruada, tendo sido anteriormente regular esse funcção; em março, porém, teve uma hemorrhagia abundante, que attribuiu ao calor do fogo. De constituição estatica regular, apresentava o pelvis os seguintes diametros: B È - 23 c., B C - 25 c., B T - 28 c., S P - 18 centimetros.

Tratava-se de uma prenhez simples na 38ª semana. O feto vivo, apresentação da extremidade cephalica, cabeça movel—acima do estreito superior.

A's duas horas da madrugada do dia 15 do corrente mez de agosto iniciou-se o trabalho de parto, coincidindo com grande hemorrhagia. Pelo toque verifica-se que o collo deixa passar dous dedos e na area delle sente-se a plascenta, aventa-se então a idéa de uma inserção centro por centro. Colloca-se um tampão a partir do seguimento inferior do utero; a hemorrhagia cedeo.

A's 9 horas foi retirado o tampão, a perda sanguinea foi pouca; o collo progredia na dilatação; a cabeça alta; foi feito novo tamponamento.

A's 12 horas, não se ouvindo os batimentos cardia-

cos do feto, rompeu-se artificialmente o bolço de aguas, sendo necessario levar os dedos muito acima para encontrar-se as membranas, verificando-se então a inserção marginal da plascenta, salientando-se umas duas pollegadas no circulo do collo, dilatado para quatro dedos, nessa occasião.

Tendo-se feito o diagnostico de posição direita posterior, embora houvesse algumas duvidas no tocar, fez-se a primeira applicação do forceps no estreito superior, insinuando-se a cabeça com facilidade; executou-se o movimento de rotação da direita para a esquerda; verificou-se, porém, engano de diagnostico, pois a posição primitiva era esquerda anterior.

O feto extrahido estava morto e pela infiltração de meconium que apresentava o cordão, fez suppor que a morte já se havia dado muito antes de qualquer applicação.

O perineo, muito longo, não pôde ser poupado, dando-se uma ruptura de dous a tres centimetros na extensão da linha mediana.

O delivramento foi artificial, não havendo hemorrhagia *post partum*. A plascenta retirada apresentava-se traumatisada, indicando deslocamento prévio, o cordão se inseria na parte descolada.

Depois de ampla lavagem vaginal, procedeu-se á sutúra do perineo com fio de seda, tendo sido retirados oito dias depois estes pontos que tinham cumprido a sua missão — restaurar o perineo.

O puerperio correu normalmente. A doente só obteve alta boa a 23 de setembro, devido á intercurrencia de uma arthrite rheumatica, na articulação tibio-

tarsica esquerda, que cedeu ao repouso e ao tratamento interno de salicylato de sodio.

V OBSERVAÇÃO

(Serviço clinico da Maternidade)

A 9 de agosto do corrente anno, deu entrada para esta Maternidade M. F., de 18 annos, parda, brazileira, primipara, de constituição estatica forte. Altura 1,m 45. O pelvis, regularmente estreitado, apresentava os seguintes diametros: B E - 21 c., B C - 24 c., B T - 27 c., S P - 17 c., P P (minimo) - 8 1[2 centimetros.

Prenhez simples na 32ª semana. Feto vivo, apresentação cephalica, cabeça movel.

As dores começaram no dia 13 de setembro, ás 7 1[2 horas da noute, iniciando-se com vomitos frequentes; as contracções eram fortes e iam facilmente dilatando o collo, que pouco resistia; o bolço de aguas volumoso, de membranas delgadas, cobria a cabeça que estava fixa no estreito superior, bem flexionada de encontro ao pubis; contracções energicas; rompeu-se espontaneamente o bolço, e o utero, actuando directamente sobre o feto, obriga o ovoide cephalico a franquear o estreito superior, descendo rapidamente da parte superior da excavação ao nivel do estreito médio em posição O I E A; apezar, porém, das fortes contracções expulsivas, não se dá o desprendimento, havendo resistencia das partes molles.

O distincto collega Roxo, vendo que a expulsão não se fazia, applicou o forceps de Sympson, obliquamente á bacia, na direcção do diametro jugo-parietal do ovoide cephalico, e com facilidade rodou a

a cabeça, deflexionou-a o mais lentamente possivel com o fim de poupar o soalho da bacia, dando-se entretanto, apezar de todos os cuidados, a ruptura, que se processou na extensão de dous centimetros na parede vaginal, correspondendo a um centimetro e pouco na região perineal

Feito o delivramento, praticou-se com o fio de seda a colpo-perineorrhaphia, terminando-se a operação pela pulverisação de iodoformio.

O puerperio foi normal, tendo cicatrisado por primeira intensão o perineo. A 3 de outubro obteve a nossa doente alta bôa.

VI OBSERVAÇÃO

(Serviço clinico da Maternidade)

Caridade, 21 annos, preta, brazileira, primipara, de constituição estatica forte, medindo de altura 1,^{m}40, deu entrada nesta Maternidade no dia 24 de maio do corrente anno.

Apresenta o pelvis normal, medindo os diametros—BE-21 c., BC-23 c., BT-27 c., SP-17 1|2 c., PP (minimo) 9 1|2 centimetros.

Ha oito mezes que não é menstruada, tendo sido anteriormente bem regular esta funcção; os orgãos genitaes externos nada apresentam que desperte a attenção.

Pelo exame feito, chegou-se ao diagnostico seguinte: prenhez simples, na 38ª semana—apresentação cephalica—cabeça movel.

No dia 24 á tarde, iniciou-se o trabalho; o bolço

de aguas rompeu-se espontaneamente e a cabeça desceu em direita posterior. A dilatação do collo fez-se regularmente, a cabeça descreveu um pequeno arco e collocou-se em direita transversa ao nivel do estreito médio; ahi, porém, permanecendo por longo tempo, tentou-se e conseguiu-se, com o auxilio da mão direita, a rotação em OP, dando-se então a expulsão do feto.

Devido á estreiteza da vulva, deu-se, na passagem dos diametros SOB, SOF e SOM, que mediam 10, 11 1|2 e 12 centimetros, a ruptura do perineo na direcção do raphe mediano e na extensão de dous centimetros.

Feito o delivramento, que foi natural, suturou-se immediatamente o perineo dando-se pontos profundos e nos intervallos destes alguns superficiaes.

O puerperio foi normal, cicatrisando-se o perineo por primeira intensão. A 7 de julho obteve a parturiente alta bôa.

VII OBSERVAÇÃO (PESSOAL)

(Serviço clinico da Maternidade)

Ambrosina, parda, 19 annos, de constituição estatica forte, primipara. Altura 1,^{m}55. Pelvis BE-23 c., BC-26 c., BT-29 c., SP-19 c., PP (minimo) 11 centimetros.

Prenhez simples, a termo. Apresentação cephalica. Feto vivo, cabeça na porção superior da excavação em OIDP.

O trabalho iniciou-se na tarde do dia 14; as contracções fracas e muito espaçadas se succediam morosamente, de modo que a noute passou-se, pouco tendo progredido o trabalho do parto.

Na manhã de 15, pela exploração digital, notámos a presença das glaires, a dilatação do collo para dous dedos e o bolço de aguas intacto, e confirmámos o diagnostico que havia sido feito com o auxilio da palpação e da auscultação, determinando precisamente a situação da pequena fontanella em DP.

Calculámos que dentro de tres horas se daria a resolução desta prenhez; voltámos pois a essa hora, e, praticando de novo o toque, notámos que o trabalho pouco havia caminhado; o collo deixava passar quatro dedos, as membranas permaneciam no mesmo estado, assim como a cabeça, que não tinha mudado de situação.

A's 5 horas da tarde, as contracções que, ha algum tempo, já se faziam francamente, se succediam uma após outra e excessivamente dolorosas; observámos então a dilatação completa do collo; a cabeça, porém, como que encravada, estava immovel.

Pela escuta verificámos que o feto soffria, pois os batimentos cardiacos eram fracos e accelerados. Havia por conseguinte dystocia, a cabeça não rodava espontaneamente; era formal a indicação para intervir.

Chloroformisada a parturiente pelo meu distincto collega Roxo, coube-me a dita de fazer mais uma vez a extracção á mão armada, e em uma posição posterior.

Rotas artificialmente as membranas, demos começo á operação. Optámos por uma unica applicação, bem que os professores Ribemont e Farabœuf julguem-na muito difficil.

Applicámos em primeiro logar o ramo direito do forceps de Barne, vindo o ramo esquerdo, que descreveu uma espiral, passando pela face do feto, se articular, depois do descruzamento, sem a menor

difficuldade. A pegada pareceu-nos boa; o forceps achava-se quasi invertido.

Feitas tracções, afim de insinuar o mais possivel a cabeça, descrevemos, com os cabos do forceps, um grande arco de circulo, da direita para a esquerda, fazendo assim a rotação da cabeça de OIDP em OP. Feito isto, insinuámos o sub-occiput em baixo da symphyse pubiana e, mantendo os cabos do forceps, graduámos o desprendimento de modo a offerecer á circumferencia vulvar os menores diametros da cabeça fetal, que veiu á luz deixando incolume o perineo.

No despredimento das espaduas, porém, talvez devido ao tamanho do diametro BA (13 centimetros), talvez á expulsão rapida das mesmás, houve pequena ruptura do perineo, cerca de um centimetro, na linha mediana, que, depois do secundamento, que se fez naturalmente, foi suturada.

A pegadá fôra ideal, as colheres do forceps desee-r'avam-se nas regiões pre-auriculares; o ovoide cephalico tinha sido pinçado na direcção do diametro bi-parietal.

Oito dias depois, a involução uterina se tinha processado; os pontos da sutura foram retirados, pois a cicatrisação se fez por primeira intensão e o perineo achava-se completamente restaurado.

PROPOSIÇÕES

CADEIRA DE PHYSICA MEDICA

DO EQUILIBRIO

I

A condição fundamental para o equilibrio de um corpo é que a vertical, que passa pelo centro de gravidade, caia dentro da base de sustentação.

II

No corpo humano o centro de gravidade se acha situado no canal medullar ao nivel do bordo superior da segunda vertebra lombar.

III

A prenhez, á proporção que se desenvolve, desloca o centro de gravidade, donde resulta a curvatura do rachis em sentido opposto para que se estabeleçam as boas condições de equilibrio.

CADEIRA DE CHIMICA INORGANICA

DO PERMANGANATO DE POTASSIO E SEU EMPREGO EM MEDICINA

I

O permanganato de potassio crystallisa em agulhas prismaticas de côr negra e violacea.

II

Como antiseptico, tem largo emprego em obstetricia.

III

Como antidoto do veneno ophidico, foi pela primeira vez empregado com exito feliz pelo illustrado Sr. Dr. Baptista de Lacerda.

CADEIRA DE BOTANICA E ZOOLOGIA MEDICAS

DA GERMINAÇÃO DA SEMENTE

I

Germinação é a serie de phenomenos decorridos na semente, para que o embryão vegetal se exteriorise.

II

Ella se faz pelo concurso methodico e regular da triplice influencia do ar, da humidade e do calor.

III

Na ausencia desta influencias determinantes, o poder germinativo póde-se conservar latente centenas de annos; haja vista as sementes encontradas nas pyramides do Egypto.

CADEIRA DE ANATOMIA DESCRIPTIVA

DO UTERO

I

O utero é um orgão impar, mediano e symetrico, apresenta uma porção inferior mais estreitada — collo e uma superior o mais larga — corpo.

II

E' mantido em posição pelos ligamentos largos, utero-sacros e redondos, pela adherencia com a bexiga e pela sua inserção na extremidade posterior da vagina.

III

Constitue o traço de união entre a vagina e as trompas — é o orgão da gestação.

CADEIRA DE HISTOLOGIA THEORICA E PRATICA

DOS EPITHELIOS

I

Epithelio ou tecido epithelial é um conjuncto de cellulas que reveste as superficies externa e interna dos animaes, originados das folhas interna e externa do blastoderma.

II

As cellulas epitheliaes são pavimentosas e cylindricas. Nas primeiras distinguem-se tres typos: endothélial, mucoso e corneo; nas segundas tambem tres: cellulas *à plateau*, caliciformes e de cilios vibrateis.

III

O epithelio que reveste a vagina é pavimentoso estratificado.

CADEIRA DE CHIMICA ORGANICA E BIOLOGICA.

DO SALOL

I

O salol ou salicylato de phenyla ($C^{13} H^{10} O^{3}$) apresenta-se sob a fórma de um corpo branco crystallisado.

II

No organismo, em presença do succo pancreatico e dos liquidos alcalinos, se desdobra em acido phenico e acido salicylico.

III

E' empregado interna e externamente em virtude de suas propriedades antisepticas e antipyreticas.

CADEIRA DE PHYSIOLOGIA THEORICA E EXPERIMENTAL

DA FECUNDAÇÃO

I

A fecundação é uma funcção da vida animal e vegetal.

II

Nos animaes superiores a fecundação resulta do encontro do ovulo com o espermatozoide.

III

O ovulo fecundado passa por uma serie de modificações tendentes a constituir o embryão.

CADEIRA DE PATHOLOGIA GERAL E HISTORIA DA MEDICINA

DA RECEPTIVIDADE MORBIDA

I

A penetração de um germem pathologico no organismo não basta para que elle ahi se desenvolva.

II

E' necessario que o organismo esteja em condições favoraveis á sua evolução.

III

Si esta condição essencial se realisar, diz-se então que havia *receptividade morbida.*

CADEIRA DE ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

DA HYPERTHROPHIA

I

Um orgão se hyperthrophia quando apresenta em

todas as suas partes um crescimento anormal sem que seus elementos sejam degenerados ou invadidos por substancias estranhas á sua composição.

II

A hyperthrophia é sempre a consequencia de um exaggero na actividade do movimento nutritivo, com predominancia da assimilação sobre a desassimilação.

III

A causa mais habitual da hyperthrophia é a superactividade funccional do orgão.

CADEIRA DE CHIMICA ANALYTICA E TOXICOLOGIA

DA ANALYSE ESPECTRAL

I

A analyse espectral é baseada na modificação constante e invariavel que cada metal imprime ao espectro solar.

II

Por esse processo de analyse, de sensibilidade extrema, se podem descobrir quantidades minimas de um metal qualquer.

III

Foi Fraunhoffer quem primeiro estudou e descreveo as raias do espectro solar, ás quaes deo o seo nome.

CADEIRA DE PATHOLOGIA CIRURGICA

CEPHALOMATOMA DOS RECEM-NASCIDOS

I

Dá-se o nome de cephalomatoma a uma collecção liquida assestada entre o periosteo e os ossos do craneo.

II

Encontra-se geralmente no angulo postero-superior da parietal direito, podendo, no emtanto, ser bilateral.

III

E' um tumor irreductivel á exploração manual o que o destingue da meningo-encephalocele, que é reductivel e de preferencia se assesta na linha mediana das regiões occipital e fronto-nasal.

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

DA PARALYSIA FACIAL

I

A paralysia do facial é uma das mais communs das paralysias periphericas, o que parece ser devido a situação superficial do nervo.

II

Os resfriamentos, as infecções, as molestias do ouvido medio e a carie do rochedo, as affecções da base do craneo e do cerebello e algumas vezes os tumores da parotida constituem elementos etiologicos da paralysia mimica.

III

A electricidade principalmente a galvanica constitue recurso therapeutico soberano para debelal-a.

CADEIRA DE MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

DA ERGOTINA E SUA ADMINISTRAÇÃO

I

A ergotina é um extracto hydroalcoolico, obtido do centeio espigado.

II

E' um bom hemostatico, vaso-constrictor e provoca contracções uterinas, pelo que é muito empregada em obstetricia.

III

A ergotina só é empregada internamente na dóse de 50 centigrammas a 4 grammas por dia.

CADEIRA DE ANATOMIA MEDICO CIRURGICA E COMPARADA

DA VAGINA

I

A vagina é um conducto musculo membranoso que se estende da vulva ao utero, sobre o qual se insere solidamente.

II

A direcção da vagina é, como a da urethra, obliqua de deante para traz e de baixo para acima.

III

As suas paredes normalmente contiguas são susceptiveis de grande dilatação, principalmente no estado puerperal.

CADEIRA DE OPERAÇÕES E APPARELHOS

DA LAPAROTOMIA

I

A descoberta da antisepsia moderna veio tornar commum a pratica da laparotomia.

II

Esta operação consiste na abertura do abdomen com o fim therapeutico.

III

Muitas vezes é praticada no proposito de elucidar um diagnostico.

CADEIRA DE THERAPEUTICA

DA ELIMINAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

I

Os medicamentos uma vez introduzidos na circulação, ou tornam-se parte integrante dos elementos histologicos e não se destroem sinão com elles, ou são eliminados.

II

As vias de eliminação principaes são; os rins, pulmões, pelle, glandulas salivares e mucosa gastro-intestinal, sendo tal expulsão mais ou menos rapida conforme a natureza do medicamento.

III

Deve haver muito cuidado na applicação dos medicamentos como a digitalis e o mercurio, que se eleminam com lentidão, afim de não se dar grande accumulo delles no organismo.

CADEIRA DE MEDICINA LEGAL

DO INFANTICIDIO

I

O infanticidio se diz por *commissão* ou por *omissão*, conforme os meios empregados para conseguir a morte da criança.

II

No infanticidio por commissão os meios directos geralmente empregados são a asphyxia e o traumatismo.

III

O infanticidio por omissão diz-se quando não são administrados ás crianças os cuidados indispensaveis de que carecem.

CADEIRA DE HYGIENE E MESOLOGIA

DA HYGIENE HOSPITALAR

I

A fragmentação do edificio em todos os sentidos e a disposição de numero limitado de doentes em uma larga superficie, são preceitos basicos a que se deve attender na construcção dos hospitaes.

II

Deve-se banir em absoluto a superposição de andares que só servem para augmentar os focos de infecção.

III

A contrucção dos hospitaes deve, sempre que fôr possivel, realisar-se na peripheria das cidades.

CADEIRA DE OBSTETRICIA

DO FORCEPS

I

A descoberta do forceps, que tão bons serviços tem prestado á humanidade, foi devida a familia Chamberlan.

II

Este instrumento compõe-se de dous ramos, nos quaes distinguem-se tres partes; colheres, parte articular e cabos ou ramos do forceps.

III

O classico modelo de Levret é o que melhor preenche as condições de um bom forceps, apezar das innumeras modificações por que tem passado este instrumento.

CADEIRA DE CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

DA TRANSMISSÃO DA SYPHILIS

I

A syphilis transmitte-se ordinariamente por contacto directo.

II

A heredo-syphilis é observada com grande frequencia.

III

A transmissão da syphilis póde dar-se da criança infeccionada á mulher que a amamenta.

CADEIRA DE CLINICA PROPEDEUTICA

DA AUSCULTAÇÃO

I

O genio brilhante e fecundo de Laënnec enriqueceo, em 1816, a sciencia do diagnostico com este importante meio explorador.

II

Auxiliado pela auscultação o clinico chega ao diagnostico de differentes affecções principalmente dos apparelhos respiratorio e circulatorio.

III

A auscultação póde ser praticada com o auxilio

exclusivo do ouvido e é chamado *immediata* ou com o instrumento denominado stethoscopio e, neste caso, diz-se *mediata*.

CADEIRA DE CLINICA OPHTALMOLOGICA

DA OPHTALMIA DOS RECEM-NASCIDOS

I

A prophylaxia representa um papel importante na ophtalmia dos recem-nascidos.

II

O principio prophylatico fundamental é usar de injecções antisepticas durante o nascimento.

III

As injecções vaginaes antisepticas, antes do nascimento, as lavagens com agua simples dos olhos da criança, e alem disso a instillação em cada olho de um collyrio de AzO^3Ag a 2 o[o (processo Credé) previne completamente o apparecimento da quella infecção.

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

DOS ABCESSOS DA VULVA

I

Os abcessos da vulva são muito communs e se assestam ordinariamente no grande labio.

II

O seo ponto da partida é quasi sempre a glandula vulvo-vaginal; bem que possa resultar de uma infecção blenorrhagica, é geralmente produzida pela irritação causada por excesso do coito.

III

Uma larga incisão de bisturi, de modo a evitar

um trajecto fistuloso, como em geral se observa nos casos em que se abrem expontaneamente, é o tratamento a seguir.

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA MEDICA

DO ESTOMAGO NA TUBERCULOSE

I

A tuberculose pulmonar actua sobre o estomago de tres modos differentes.

II

Observa-se no ventriculo gastrico lesões puramente funccionaes, gastrite chronica, e tuberculos.

III

Os tuberculos localisados no estomago são rarissimos.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

DOS FERIMENTOS PENETRANTE DO ABDOMEN

I

As feridas penetrantes da cavidade abdominal podem ser simples ou complicadas.

II

O tratamento destas lesões deve preencher tres indicações: pôr a ferida na melhores condições para o processo de cura; combater os symptomas; prevenir as complicações que possam sobrevir.

III

O prognostico dos ferrimentos penetrantes do abdomen, deve sempre ser formulado com as competentes reservas.

CADEIRA DE CLINICA PEDIATRICA

DA ATHREPSIA

I

A athrepsia é o conjuncto de symptomas que sobrevem no organismo da criança, perturbando seriamente a nutrição.

II

A evolução desta affecção é ou de marcha lenta e chronica, ou de marcha rapida e aguda.

III

A causa determinante é a má nutrição da criança.

PRIMEIRA CADEIRA DA CLINICA MEDICA

DA ALBUMINURIA

I

A passagem das albuminas do serum pelo apparelho glomerular do rim é sempre um elemento morbido.

II

Entre as albuminas urinarias a serina indica sempre lesão do epithelio dos glomerulos.

III

Toda a nephrite começa por uma glomerulite. (Talamon e Lecorché).

CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

DO PARTO PREMATURO

I

Chama-se parto premuturo a expulsão provocada

do producto da concepção, durante os tres ultimos mezes da gestação.

II

Esta intervenção tem suas indicações e contra-indicações.

III

Uma das indicações mais acceitaveis nos é dada pelo pelvis estreitado ou malformado.

CADEIRA DA CLINICA PSYCHIATRICA

DA EPILEPSIA

I

Na genese da epilepsia a influencia da herança é um facto inconteste.

II

Raramente se observa a herança similar; muito mais habitual é a herança de transformação.

III

Fóra a herança — outras causas accidentaes podem determinar a predisposição por essa nevrose, como — o alcoolismo, as emoções vivas, o traumatismo, as perturbações visceraes ou sensoriaes.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Cibus, potus, Venus, omnia moderata sint.

(Sect. III Aph. II).

II

Mulieri, menstruis deficientibus sanguis ex naribus profluens, bono est.

(Sect. V Aph. XXXIII).

III

Mulieri sanguinem vomitione rejicienti menstruis erumpentibus, solutio contingit.

(Sect. V Aph. XXXII).

IV

Quibus os uteri durum est, iis connivere os uteri necesse est.

(Sect. V Aph. LIV).

V

Si mulieri utero gerenti purgationes eant, fætus ut bene valeat fieri non potest.

(Sect. V Aph. LX).

VI

Si fluore muliebri si convulsio accedat et animi defectio, malo est.

(Sect. V Aph. LVI).

Visto. — Secretaria da Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 1896.

O SECRETARIO

DR. ANTONIO DE MELLO MUNIZ MAIA.